

Les " Pseudo-spondylites Hystéro-traumatiques "

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le vendredi 10 juin 1921

PAR

Paul-Jean-Marie FERRAND

Croix de Guerre, 3 citations

Né à Vannes (Morbihan) le 14 mai 1893

Examineurs de la thèse	{	MM. CRUCHET, professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Juges.</i>
		DENUCÉ, professeur.		
		ROCHER, agrégé.		
		PERRENS, agrégé.		

||o||

BORDEAUX

Imprimerie J. CÉROUDE & FRÈRE, Cours de la Marne, 15

1921

Les " Pseudo-spondylites Hystéro-traumatiques "

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le vendredi 10 juin 1921

PAR

Paul-Jean-Marie FERRAND

Croix de Guerre, 3 citations

Né à Vannes (Morbihan) le 14 mai 1893



{	Examineurs de la thèse	MM. CRUCHET, professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Juges.</i>
		DENUCÉ, professeur.		
		ROCHER, agrégé.		
		PERRENS, agrégé.		

||o||

BORDEAUX

Imprimerie J. CÉROUDE & FRÈRE, Cours de la Marne, 15

1921

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux

M. SIGALAS Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANELONGUE, BADAL, JOLYET, PITRES, GUILLAUD.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique interne . . .	ARNOZAN.	Pharmacie	DUPOUY.
	CASSAET.	Zoologie et parasitologie.	MANDOUL.
Clinique externe . . .	CHAVANNAZ.	Médecine expérimentale.	FERRE.
	VILLAR.	Clinique ophtalmologique	LAGRANGE.
Pathologie et thérapeuti-		Clinique chirurgicale in-	
ques générales . . .	CRUCHET.	fantile et orthopédie .	DENUÇÉ.
Clinique d'accouchements	RIVIERE.	Clinique gynécologique .	BEGOUIN.
Anatomie pathologique .	SABRAZES.	Clinique médicale des ma-	
Anatomie	PICQUE (chargé).	ladies des enfants . .	MOUSSOUS.
Anatomie générale et his-		Chimie biologique. . .	DENIGES.
tologie.	G. DUBREUIL.	Physique pharmaceutique	SIGALAS.
Physiologie	PACHON.	Pathologie exotique . .	LE DANTEC.
Hygiène	AUCHÉ.	Clinique des maladies cu-	
Médecine légale . . .	VERGER.	tanées et syphilitiques.	W. DUBREUILH.
Physique biologique et		Clinique des maladies des	
d'électricité médicale.	BERGONIE.	voies urinaires . . .	POUSSON.
Chimie	CHELLE.	Clinique psychiatrique .	ABADIE.
Botanique et matière mé-		Clinique d'Oto-Rhino-La-	
dicale	BEILLE.	ryngologie	MOURE.
		Toxicologie	BARTHE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM.
Anatomie	PRINCETEAU.		MAURIAC.
Anatomie et embryologie.	PICQUÉ.	Médecine générale . .	LEURET.
	N...		DUPERRÉ.
Histologie	LACOSTE (chargé).		CREYX.
Physiologie	DELAUNAY.	Maladies mentales. . .	PERRENS.
Anatomie pathologique .	MURATET.	Médecine légale . . .	LANDE.
Parasitologie et sciences	R. SIGALAS (chargé).		GUYOT.
naturelles.	N...	Chirurgie générale . .	ROCHER
Physique biologique et			DUVERGEY.
médicale	RÉCHOU.		PAPIN.
Chimie biologique et mé-		Obstétrique.	PERY.
dicale	N...		FAUGÈRE.
	N...	Ophthalmologie. . . .	TEULIÈRES.
Médecine générale. . .	PETGES.	Pharmacie	LABAT.
	CARLES (J.).		N...

CHARGÉS DE COURS

		MM.
Cours de Clinique dentaire		CAVALIE.
Cours complémentaire de Thérapeutique et Pharmacologie		CARLES.
Cours complémentaire de Médecine opératoire		VENOT.
Cours complémentaire d'Accouchements		FAUGÈRE.
Cours complémentaire d'Ophtalmologie		CABANNES.
Cours complémentaire de Périculture		ANDERODIAS.
Cours complémentaire de Climatologie et Hydrologie médicale		SELLIER.
— de Toxicologie et Hygiène appliquée		N...
— d'Analyse chimique qualit. et quantit.		N...
— de démonstrations et préparations pharm.		LABAT.
— de Microbiologie		N...
— de Pathologie interne.		MAURIAC.
— de Pathologie externe.		GUYOT.
— de Vénérologie.		PETGES.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage de ma profonde affection
et de mon infinie reconnaissance.

A MON FRÈRE

A MES SOEURS

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A mon ex-médecin de bataillon du 166^e R. I.

LE DOCTEUR PORTÉS

Témoignage de ma reconnaissance
pour les précieux conseils qu'il a bien
voulu me donner pour cette thèse et
en souvenir des bons et mauvais jours
1916-1918.

A MON JURY

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CRUCHET

Professeur de pathologie et thérapeutique générales

Médecin des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

Officier de l'Instruction publique

Témoignage de notre respectueuse
reconnaissance pour l'honneur qu'il
nous a fait d'accepter de présider
cette thèse.

INTRODUCTION

Ayant eu l'occasion d'observer deux malades pour lesquels avait été posé le diagnostic de « Mal de Pott » survenu après un traumatisme et qui ne présentaient que des manifestations d'hystéro-traumatisme, nous avons entrepris l'étude de la rachialgie hystéro-traumatique.

Etant donné la corrélation étroite qui existe entre cette douleur et la production physiologique des attitudes vicieuses et des déformations rachidiennes nous sommes amenés à étudier également les cyphoses compliquées parfois de scoliose et les plicatures psycho-névrosiques post-traumatiques.

Nous avons groupé tous ces cas sous le titre de pseudo-spondylites hystéro-traumatiques.

En somme nous voudrions essayer de réunir dans une étude d'ensemble toutes les manifestations de l'hystéro-traumatisme dans ses localisations au rachis ; en dégager les conclusions pathogéniques, diagnostiques et pronostiques, faire pour les pseudo-spondylites hystéro-traumatiques ce que Ardin, Delteil, Raynaud et Coudray ont fait pour les spondylites infectieuses dans leur article du *Journal Médical Français* (1912).

HISTORIQUE

Avant que Kümmel et Verneuil en 1892, décrivent les spondylites traumatiques (maladie de Kümmel), l'hystéro-traumatisme expliquait trop facilement bien des névralgies spinales et aussi bien des gibbosités. Grâce à ces auteurs on cessa de prendre pour des simulateurs hystériques ou neurasthéniques des blessés qui étaient réellement atteints de lésion vertébrale. Les progrès de la radiographie y contribuèrent beaucoup.

Depuis Brodie qui lui a laissé son nom, la rachialgie hystérique fut l'objet de nombreuses études. Citons Andry (1887), Charcot (1888), Kermisson (1888), Aimes (1914 et 1919).

La déformation rachidienne hystéro-traumatique fut d'abord signalée sous la forme de scoliose : leçons de Charcot, thèses de Landais, Vic, Roux et Houeix, de la Brousse. La cyphose ne fut étudiée que plus tard par Moly et surtout par Déléarde (*Gazette des Hôpitaux*, 1912). Signalons également Brissaud, élève de Charcot, dans ses études des névroses traumatiques et Babinski dans sa théorie du pithiatisme.

Mais la guerre devait ouvrir un vaste champ d'observation aux névrologistes. Bientôt apparaissent dans nos hôpitaux ces fameux « plicaturés » : ce sont des malades présentant une exagération de la cyphose lombaire créant chez eux une attitude spéciale qui leur fit donner le surnom de « Pros-

ternés ». Tout ceci dérouta longtemps les plus sagaces car il y avait également à compter avec les simulateurs dont nous dirons quelques mots. C'est alors que furent publiées par Sicard, Souques, Roussy, Vincent, etc..., d'importantes études touchant ce syndrome bizarre qui reçut alors des noms non moins bizarres : plicatures vertébrales, camptocormies, camptorachis, cintrages, prosternés, etc... Ce dernier est emprunté au Professeur Verger qui aborde la question dans son cours de Médecine légale sur les névroses traumatiques dont nous avons extrait plusieurs notions pour les interposer au cours de notre sujet.

Tous ces auteurs démontrèrent, parmi ces plicaturés, l'existence de beaucoup d'organiques mais aussi de beaucoup d'hystériques. Et grâce à eux la déformation rachidienne obtint son explication pathogénique d'attitude antalgique qui la rattache étroitement à la névralgie spinale de Brodie, rendant désormais impossible la séparation de ces deux symptômes.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Au point de vue étiologique nous trouvons un traumatisme accompagné d'un shock nerveux survenant sur un terrain prédisposé à l'hystérie. Celle-ci peut d'ailleurs être créée de toutes pièces par le traumatisme ou la frayeur qui l'accompagne chez des sujets indemnes de tout névrosisme antérieur. Nous ne trouverons presque jamais chez nos malades d'attaques ou même de crises larvées. Il est évident néanmoins que des hystériques avérés, pourront faire de l'hystéro-traumatisme à localisation rachidienne. Chez ceux-ci nous trouverons rarement le syndrome névralgique pur. Ils réalisent plutôt le tableau des plicatures en y ajoutant tout un cortège de stigmates hystériques impressionnants. Mais dans tous les cas nous trouverons toujours un défaut de correspondance entre la gravité du traumatisme et celle des symptômes accusés.

Sont exposés à l'hystéro-traumatisme tous les individus exposés au traumatisme accompagné de shock nerveux.

Grasset a indiqué que si le plus souvent le rapport de cause à effet semble chronologiquement très net entre le traumatisme et les manifestations nerveuses, il cesse d'exister entre ces deux éléments au triple point de vue du siège, de la gravité et de la durée des deux ordres de phénomènes. Nous ferons remarquer cependant que nous pouvons avoir des cas où il y aura une véritable « période de méditation »

laissant au sujet le temps de préparer son hystérie. C'est en somme une période d'incubation que Charcot appela « période de rumination ou de méditation » mais qui, d'après Brissaud, devrait s'appeler « période de préméditation » pendant laquelle le malade prendrait des décisions volontaires et des idées bien arrêtées. Quel que soit le nom qu'on puisse lui donner, elle existe toujours lorsque le traumatisme ne survenant pas déjà sur un terrain nettement hystérique ferait naître de toute pièce ce syndrome. Souvent à ce premier syndrome hystérique vient s'ajouter un second neurasthénique car si l'hystérique est fier de sa maladie l'hystéro-traumatisé est un neurasthénique souvent hargneux qui se plaint et souffre de son affection ce qui ne fait que compliquer son état.

Le traumatisme semble toujours intéresser la région rachidienne, sans qu'il puisse être démontré que la douleur maxima et la déformation correspondent au point exact où l'agent provocateur a agi avec le plus de violence.

L'importance étiologique du traumatisme ne diminue pas celle du second élément, le shock nerveux, toujours évident. Au premier élément purement émotif succède l'auto-suggestion provoquée par l'émotion violente qui accompagne l'accident et c'est elle qui doit expliquer l'apparition des premiers symptômes douloureux. Cet élément douleur venant irriter les centres nerveux et par excitation ferait naître les contractures de la même façon qu'une irritation transmise aux centres nerveux et les paralysant donnerait naissance à des paralysies.

Les contractures seules nous intéressent ici et en particulier la cyphose traumatique qui fut la plus connue pendant la guerre. Ces plicaturés étaient des individus ayant été fortement contusionnés sur les reins, ou bien projetés par un éclatement « soufflés comme l'on disait au front », ou parfois encore enterrés. Ces traumatismes avaient été accompagnés d'un gros shock nerveux et au bout d'un certain temps on retrouve ces traumatisés dans cette position fléchie,

courbés en avant avec impossibilité de redressement, d'où leur est venu le nom de « prosternés ».

C'est alors l'auto-suggestion qui explique les autres symptômes et Brissaud en étudiant les névroses traumatiques avait compris l'importance de ce facteur lorsque se demandant s'il s'agissait bien toujours d'une origine purement émotive croyait aussi à une suggestion. Dans sa théorie du « pithiatisme » ou de la « persuasion » Babinski, qu'il faut peut-être taxer d'exagération, allait jusqu'à déclarer « l'émotion n'y est pour rien, l'influence suggestive est tout. »

Au début c'est pour calmer la douleur que l'homme déforme instinctivement son tronc. Dans la pose initiale, tant qu'il souffre vivement, le patient garde une attitude de flexion et évite tout mouvement, toute tentative d'extention qui pourrait exagérer la souffrance.

La camptocormie peut persister longtemps après l'atténuation ou la disparition de la douleur ; c'est alors l'auto-suggestion qui explique le maintien de l'attitude vicieuse et l'on est frappé de l'importance des symptômes par rapport au traumatisme. L'idée pourrait alors venir à l'esprit que l'on a à faire à des simulateurs mais l'on est bien vite fixé sur la bonne foi de ces malades, car si ceux-ci sont de véritables malades qui cherchent à guérir les autres se complaisent dans l'idée de leur état et la perfectionnent par un mécanisme pithiatique. Pour qualifier cet état mental spécial des individus qui se persuadent qu'ils ont intérêt à ne pas guérir Brissaud trouva le terme de « sinistrose. »

Quelquefois il y a union de l'hystérie avec des lésions réelles pour en retarder ou en exagérer les symptômes et Grasset a mis en relief l'association fréquente de l'hystérie avec les diathèses rhumatismale et bacillaire en particulier.

L'hystérie ne fait alors qu'ajouter ses troubles fonctionnels à des symptômes lésionnels de nature médicale ou chirurgicale. Alors il est parfois très difficile de déterminer la part qui revient à l'un ou à l'autre : Charcot disait : « l'hystérie est une maladie protéiforme qui peut simuler toute la patho-

logie. » Il faut se rappeler les différences avec la pathologie vraie : dans l'hystérie il n'y a pas de lésions anatomopathologiques, le début est ordinairement brusque sans cause réelle et la guérison brusque sans séquelle sous l'influence d'une cause psychique, émotive. La notion suivante viendra également nous éclairer : l'hystérie ne peut occasionner que des symptômes produits par la volonté mais elle n'agit pas sur les appareils où la volonté ne prend plus part.

SYMPTOMATOLOGIE

I. — La névralgie spinale de Brodie

C'est l'exagération de la rachialgie banale.

L'apparition de la douleur coïncide en général avec le traumatisme ou lui succède immédiatement.

Spontanée la douleur peut être constante ou plus souvent survenir par crise, avoir des paroxysmes provoqués par le mouvement ou le contact des vêtements. On a prétendu qu'elle était parfois sourde, profonde, ténébrante. Presque toujours au contraire elle nous est apparue superficielle, à fleur de peau, comparée par le malade à une brûlure, très variable et en général fort capricieuse dans ses manifestations, son intensité et son siège. Elle n'est que très rarement limitée à une vertèbre, elle s'étend en général à plusieurs vertèbres et elle peut disparaître un jour d'un endroit pour apparaître en un autre et revenir le lendemain au premier.

Provoquée, la douleur sera plus importante par la simple palpation que les autres modes d'exploration. Le simple frôlement de la peau avec un pinceau suffira souvent pour réveiller la douleur. Ces douleurs provoquées ne siègent pas en général sur la ligne des apophyses épineuses ; les gouttières vertébrales et les régions avoisinantes sont également hyperesthésiées.

A moins que le malade n'évolue sur un terrain déjà net-

tement hystérique, l'examen du rachis ne provoque ni aura, ni crise vraie. La pression forte sur la tête ou les épaules de façon à heurter les corps vertébraux n'amènent pas de douleurs.

II. — *L'attitude*

L'attitude est commandée par la douleur. D'ordinaire, l'attitude du malade traduit simplement le besoin d'éviter la douleur par une immobilisation presque complète de son rachis, soit en rectitude, soit en flexion. Cette seconde attitude avec cyphose vertébrale comprend les « prosternés » et dans cette catégorie le malade manifeste souvent son état surtout pendant la marche.

L'attitude peut même changer car le rachis conserve une certaine souplesse, que l'on met en évidence en faisant courber le malade ou en le faisant coucher sur un plan résistant, celui-ci ne sera pas obligé de s'accroupir en fléchissant les genoux comme un pottique.

III — *La déformation rachidienne*

Elle est due à l'habitude qu'a contracté le malade de conserver son attitude antalgique. Il se produit une contracture qui ne cède que pendant le sommeil profond ou le sommeil anesthésique.

La contracture du psoas provoque une cyphose, celle des masses lombaires d'un seul côté, une scoliose.

Ces déformations portent presque toujours sur la région lombaire, quelquefois sur la région dorsale. Elles peuvent se ramener à trois types :

1. La cyphose.
2. La scoliose rarement pure, le plus souvent compliquée d'un certain degré de cyphose.
3. La plicature qui n'est que l'exagération d'une cyphose lombaire.

Ces déformations sont à grand rayon : ce n'est pas la gibbosité angulaire du mal de Pott avec son angle saillant, ce n'est pas une coudure mais une courbure. La radiographie qui ne montre pas de lésion organique ne donnera jamais un angle rentrant de Lannelongue que l'on trouve dans les tuberculoses vertébrales par tassement de la colonne antérieure du rachis. Elles sont donc fonction de l'articulabilité des vertèbres entre elles et qui est bien vite limitée.

A la suite de ces déformations, on peut constater certaines variations morphologiques portant sur les parties molles : disparition des plis cutanés de la face postérieure du tronc, exagération des plis de la face antérieure ; mais ces variations sont purement physiologiques.

Enfin Sicard a signalé l'extension de la tête : « Tandis qu'un sujet normal qui fléchit le tronc, dès que la flexion atteint un certain degré, fléchit en même temps la tête ; les camptocormiques étendent le tête et regardent en avant ».

Mais ce qui différencie surtout la déformation hystérique, c'est l'intégrité du rachis et la guérison possible par la seule psychothérapie.

IV. — *Stigmates de l'hystérie*

a) *Stigmates moteurs*. — Interroger adroitement le malade et lui faire avouer soit des attaques, soit certaines sensations qui peuvent être interprétées comme de véritables auras de crises avortées. Rechercher soigneusement les zones hystérogènes. Ensuite il faudra s'attaquer aux paralysies, dont la localisation n'est pas en effet en relation avec le siège de la douleur et qui s'accompagnent souvent de paralysies ou de contractures ? Elles sont essentiellement mobiles, spasmodiques, parfois flasques ; elles ont un début brusque survenant après une crise mais si elles prennent naissance à la suite d'un traumatisme accompagné de shock nerveux alors, comme nous l'avons déjà indiqué, elles ne surviennent pas immédiatement mais après une période plus ou moins

longue d'incubation le malade « couvant sa paralysie ». Pitres en donne l'explication suivante : « Inquiet des conséquences de sa blessure le traumatisé s'en exagère l'importance et devient paralytique par le fait d'une auto-suggestion inconsciente ».

Après les paralysies il faut signaler les tremblements. Ceux-ci sont très fréquents, désordonnés, arythmiques, provoqués par la marche, les essais de redressements du tronc, exagérés ou modifiés par les causes les plus bizarres, ils constituent une véritable trémulation.

Les contractures musculaires sont fréquentes mais inconstantes, si elles existent elles ne subsistent pas pendant le sommeil à moins qu'à la longue il se soit formé des rétractions tendineuses.

Les réflexes tendineux et cutanés sont normaux, les troubles des réservoirs très rares et il n'y a pas de troubles trophiques.

b) *Stigmata sensitifs*. — Il faut rechercher les zones d'anesthésie et d'hyperesthésie cutanées. L'anesthésie des muqueuses pharyngées est beaucoup plus fréquente. Ces anesthésies peuvent parfois se déplacer sous l'influence de l'auto-suggestion ou d'une autre cause donnant lieu au phénomène dit du « transfert ». Anesthésie et hyperesthésie peuvent porter sur les différents modes de la sensibilité : le contact, la douleur, le chaud ou le froid. L'hyperesthésie parfois assez étendue se retrouve surtout dans certaines zones où un simple contact suffit à éveiller des sensations douloureuses, ce sont les zones hystérogènes.

c) *Stigmata psychiques*. — Il y a à distinguer une forme hystérique pure où le traumatisé subit un changement dans son état mental caractérisé surtout par de l'irritabilité : la forme neurasthénique plus grave avec céphalée, cauchemar, diminution de la mémoire et de l'intelligence. Enfin une

forme névrose-traumatique vraie caractérisée par l'association des deux psychismes hystérique et neurasthénique. Avec cette dernière forme on se trouve en face de malades hargneux, qui se plaignent et souffrent de leur affection tandis que l'hystérique pur serait presque fier de sa maladie.

DIAGNOSTIC

A. — Diagnostic avec quelques maladies ne s'accompagnant pas de lésions du rachis, des méninges ou de la moëlle.

La présence d'un traumatisme initial suffit pour éliminer les rachialgies des maladies générales : variole, fièvre typhoïde, typhus, intoxications, etc... Ecartons également la névralgie intercostale (absence de points de Valeix et irradiations caractéristiques) et la pleurodynie (dyspnée, signes de pleurite à l'auscultation, etc...).

Le lumbago post-traumatique présente une évolution rapide et les mouvements du rachis ne sont point abolis.

Il faut enfin penser au psoïtis qui peut amener un semblant de camptocormie par la flexion des membres inférieurs sur le bassin.

A. — Diagnostic avec les maladies du rachis

1° *Spondylites organiques.* — C'est la radiographie qui plusieurs fois répétée, en montrant l'intégrité du rachis tranche le diagnostic. L'examen du liquide céphalo-rachidien montre en cas de spondylite vraie une hyperalbuminose manifeste. Il y a exagération des réflexes tendineux dans les spondylites vraies. L'attitude de l'hystérique n'arrive pas à simuler complètement l'attitude de l'organique ;

tantôt il exagère, tantôt il néglige certains détails qui doivent attirer l'attention.

La rachialgie hystérique présente des caractères qui la différencient nettement de la douleur des autres spondylites qui est sourde, profonde, diurne et nocturne, accrue par les mouvements et la fatigue, nettement localisée au rachis.

Les troubles trophiques et moteurs n'existent pas chez l'hystérique.

Le sommeil entraîne chez l'hystérique un relâchement presque complet de ses muscles contracturés et le redressement du tronc.

2° *Fractures et luxations du rachis.* — Devant une rachialgie tenace il faudra songer à la possibilité de petites fractures isolées des arcs ou des apophyses épineuses ou transversales. La radiographie rendra ici des services appréciables.

3° *Mal de Pott.* — En présence de la simple névralgie spinale hystérique, le diagnostic se pose avec un mal de Pott au début. Les contractures sont en effet un signe important du mal de Pott au début : avant toute déformation on constate une raideur anormale de la région malade et cette raideur est due à une contracture musculaire des gouttières qui est visible et surtout palpable par une saillie plus ferme qu'elle forme à ce niveau. Ce sont surtout les caractères des douleurs qui nous renseigneront.

En présence d'une gibbosité, le diagnostic se pose avec le mal de Pott à la période d'état. Dans un mal de Pott confirmé on trouve la triade classique : la bosse, l'abcès et les paralysies, mais ces symptômes peuvent être plus ou moins atténués et il faut encore avoir recours aux symptômes douleurs et contractures musculaires. Pour le symptôme douleur rappelons qu'il y en a de deux sortes : les spontanées à type irradié, augmentées par la marche ou la station debout et s'apaisant au repos horizontal, et surtout les provoquées. Pour ces dernières on peut les rechercher par la palpation méthodique et minutieuse avec le doigt ou mieux avec la

pointe d'un crayon au niveau de chaque vertèbre et sur toutes les parties de celle-ci (apophyse épineuse, lames et apophyses transverses). La pression sur la tête ou les épaules provoquant une douleur doit faire penser à une lésion tuberculeuse de la colonne vertébrale et vient compléter ces renseignements. La rapidité de formation de la gibbosité attirera aussi notre attention car dans le mal de Pott elle est le plus souvent lente. La courbure est à grand rayon et on n'a pas la gibbosité angulaire du mal de Pott avec angle saillant extérieur et angle rentrant de Lannelongue interne dus à la destruction vertébrale et à l'effondrement consécutif, ni non plus au-dessus et au-dessous de la gibbosité deux courbures de compensation qui viennent rétablir l'équilibre et maintenir l'axe de gravité du corps. Il n'y a pas d'abcès froid, la radiographie montre l'intégrité du rachis.

4° *Spondylites traumatiques*. — Ce sont ici ces affections décrites par Kümmel et par Verneuil. Une fracture par tassement et révélée simplement au début par des phénomènes douloureux, amènerait une décalcification du tissu osseux mal nourri et l'effondrement d'une vertèbre, lequel serait suivi d'une ankylose en position vicieuse. La gibbosité de la maladie de Kümmel est souvent une cyphose ou une scoliose à grand rayon tenant à une contracture musculaire, tout comme l'attitude antalgique des hystériques. Mais le plus souvent, en un point de cette cyphose ou de cette scoliose, on observe une coudure plus nette, un angle saillant aigu qui révèle une lésion organique ; et si par l'extension on essaie de redresser le malade, on voit disparaître presque complètement la cyphose à grand rayon, mais l'angle saillant persiste. Cette lésion vertébrale est mise en évidence par la radiographie.

5° *Spondylites infectieuses*. — C'est l'étiologie qui fera le diagnostic. L'ostéomyélite sera éliminée par le tableau aigu de l'affection ; les antécédents ; le Wassermann, le traite-

ment d'épreuve élimineront les spondylites spécifiques et mycosiques.

C. — Diagnostic avec les maladies de la moëlle et des méninges

Les maladies de la moëlle et des méninges s'accompagnent souvent de rachialgie, mais elles n'ont que rarement un traumatisme comme cause. Quant aux troubles très particuliers de la syringomyélie traumatique, ils ne peuvent prêter à confusion.

D. — Diagnostic avec les simulateurs

Pour terminer ce diagnostic différentiel nous dirons un mot des simulateurs avec lesquels il a fallu compter surtout pendant la guerre. Dans son cours de médecine légale à la Faculté de Bordeaux, monsieur le professeur Verger nous dit ce qu'il faut en penser et nous en extrayons ces quelques lignes.

Il est parfois très difficile de différencier l'hystérique du simulateur. Il existerait deux sortes de simulateurs : les simulateurs conscients et les pithiatiques qui sont des simulateurs subconscients. Le premier est un acteur qui joue un rôle impliquant un effort très grand et il se relâche de temps en temps ; le pithiatique peut simuler une contraction, il n'a plus d'effort à fournir puisque le subconscient seul travaille.

Mais c'est l'attitude qui guidera notre diagnostic : comme nous l'avons déjà dit, l'attitude de l'hystérique n'est pas la même que celle de l'organique. La radiographie répétée viendra compléter ces renseignements.

TRAITEMENT

Etant donné l'impuissance à peu près complète de la thérapeutique, il est bien difficile de donner des règles précises pour le traitement de l'hystéro-traumatisme.

Il paraît tout d'abord indispensable de distinguer les cas anciens des cas récents. Mais avant d'aller plus loin signalons une notion que nous avons encore tiré du cours du professeur Verger et dont on comprendra aisément l'importance : « Une condition nécessaire à la bonne réussite du traitement est que le malade n'ait aucun intérêt à persévérer dans son état en ayant l'espoir d'en retirer des avantages de quelque nature que ce soit. Aussi ne faudra-t-il jamais parler d'indemnité ou de rente à un hystéro-traumatisé car l'auto-suggestion aidant, cette idée deviendrait bien vite une idée fixe et l'obtention de cette indemnité deviendrait alors le meilleur et peut-être le seul moyen de guérison. Aussi il importe de prendre le malade tout à fait au début avant que toute idée fixe ait pu germer dans son esprit.

Le traitement des cas récents est en général relativement facile. La suggestion orale suffit le plus souvent et au bout de quelques jours le malade doit être guéri, sinon on doit soupçonner chez lui la simulation, soit au contraire une épine organique. C'est ainsi que pendant la guerre on a observé moins de plicatures à l'intérieur à partir de 1916 ; c'est que le diagnostic étant alors plus rapide et la conduite à tenir mieux connue, quelques jours de psychothérapie dans

les centres neurologiques de la zone des armées suffisaient pour rendre la plupart de ces malades à la vie militaire. Il ne fallait pour cette suggestion orale qu'un peu d'autorité et surtout quelque connaissance du psychisme hystérique.

Mais le traitement des cas anciens est autrement difficile. Ici le rôle du médecin est encore plus délicat. Il lui faut prendre sur le moral du sujet un grand ascendant, car il va jouer auprès de lui le rôle d'un véritable éducateur. Il est nécessaire avant tout de convaincre le malade qu'il n'est pas atteint d'une affection grave et surtout lui donner l'espoir d'une guérison prochaine, complète et définitive.

Le malade sera soigneusement isolé de son milieu habituel dont les conseils, même les mieux inspirés, ne peuvent que lui être préjudiciables. Tout autour de lui devra concourir à relever son moral et, loin de le laisser auprès de vrais malades, on devra, si possible, l'entourer d'hystériques déjà guéris, convertis pourrait-on dire, par les mêmes moyens qui vont lui être appliqués. Loin de dédaigner les symptômes ; il faut paraître les combattre et s'attaquer d'abord aux douleurs. Quand on aura supprimé la rachialgie on aura redonné le plus souvent à la colonne vertébrale toute sa souplesse normale. On a souvent critiqué l'emploi contre l'hystérie de divers procédés de révulsion, et cependant ils constituent les moyens les plus simples de frapper l'imagination du sujet. Quelques applications de pointes de feu superficielles, quelques vésicatoires, des applications de teinture d'iode, des pulvérisations d'éther ou mieux de chlorure d'éthyle peuvent parfois agir très efficacement ; un autre moyen très actif encore consiste dans l'injection épidermale de cocaïne.

On pourra employer contre l'élément déformation le sommeil hypnotique ou chloroformique.

Le professeur Rimbaud décrit de la façon suivante ce que doit être un traitement psychothérapique : « Les médecins s'enferment dans leurs cabinets seuls avec le malade ; ils s'y enferment avec la volonté absolue de ne le laisser sortir que

guéri ; tout est là. Après avoir procédé à un nouvel examen du sujet, ils lui expliquent, autant que possible, ce qu'ils veulent obtenir de lui, expliquant l'inocuité des courants qu'ils vont employer contre lui et en insistant sur leur efficacité spéciale. Ils font alors passer un simple courant faradique fourni par la pile faradique, de façon à n'arriver jamais à une sensation vraiment pénible. Pendant toute la durée du passage du courant, ils parlent au malade, l'encouragent, insistent, doucement d'abord puis avec plus d'énergie si le sujet résiste, et arrivant parfois en quelques minutes, parfois en un quart d'heure, une demi-heure et dans quelques cas après une heure et plus, à faire disparaître complètement le trouble pithiatique. »

Il est certains traitements qu'il faut éviter : en particulier la mécanothérapie qui ne fait qu'ancrer davantage l'idée dans l'esprit du malade et fixer davantage la contracture ; plus encore les courants trop forts dont les souffrances inutiles ne peuvent être mises en comparaison avec les résultats comme dans les trop fameuses expériences du « Torpillage de Tours. »

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Cypho-scoliose hystéro-traumatique

L... 20 ans.

Entré à l'hôpital le 3 juin 1919 avec le diagnostic de « mal de Pott consécutif à un traumatisme ». Aucun antécédent, ni personnel, ni héréditaire.

Canonnier conducteur au front depuis le 12 janvier 1918.

Le 18 octobre 1918, son cheval ayant été tué par un éclat d'obus, il tombe et reste pris sous sa monture. Se plaint alors de douleurs dans la région lombaire ; est évacué, convalescence puis rejoint son dépôt.

Se présente au médecin le 24 mars et l'on constate des douleurs vives à la pression de l'articulation sacro-iliaque gauche et des vertèbres sacro-lombaires.

Le 24 mai on constate une cyphose à courbure de grand rayon de la région dorsale, le sommet de la convexité correspondant à l'apophyse épineuse de la 9^e dorsale ; douleur à la pression des dernières vertèbres dorsales et des vertèbres lombaires. Dans le décubitus dorsal on note une ensellure lombaire qui n'est qu'une courbure de compensation de la cyphose sus-jacente. Quelques jours après le malade entre à l'hôpital et est mis en corset.

Le 23 avril, on pratique un nouvel examen approfondi.

Le malade accuse des douleurs spontanées, assez discrètes, ayant progressivement diminué depuis l'accident, surtout localisées à la région lombaire.

La palpation légère est douloureuse au niveau des masses musculaires dorso-lombaires. L'exploration des apophyses épineuses par la pression et la percussion est à peine douloureuse. On constate à ce niveau une gibbosité à courbure de grand rayon, sans saillie angulaire compliquée d'une légère scoliose et d'une ensellure lombaire de compensation.

Aucune trace d'abcès froid. La radiographie plusieurs fois pratiquée n'indique aucune lésion. Anesthésie pharyngée très marquée.

Le malade est isolé et complètement rassuré sur son avenir. On lui promet une guérison rapide et son moral s'en améliore sensiblement.

Révuision légère, exercice et gymnastique méthodique. Les symptômes s'améliorent et le malade quitte l'hôpital complètement soulagé, la gibbosité ayant presque complètement disparu.

OBSERVATION II

Néuralgie spinale de Brodie d'origine hystéro-traumatique

A .. 19 ans, armée maritime. Antécédents héréditaires et personnels : néant.

Entre à l'hôpital le 5 septembre 1919 avec le diagnostic de « Mal de Pott cervico-dorsal ». A fait le 6 mai 1919 une chute de 7 mètres du haut d'une soute à charbon, et ressent une violente douleur entre les omoplates assez nettement localisée au rachis. A été soigné par le massage et le repos dans la position horizontale.

A l'entrée à l'hôpital le malade se présente sans corset, en très bonne attitude sans la moindre déviation du rachis, la

marche étant normale. À l'inspection on constate que les muscles des gouttières vertébrales forment dans la région dorsale une saillie très nette des deux côtés. Le sujet accuse une douleur spontanée constante et superficielle, étendue à toute la colonne vertébrale, mais surtout accusée dans la région interscapulaire, accrue par la position debout prolongée, par les faux pas, par les mouvements d'inclination et de torsion du tronc. Cette douleur s'irradie à gauche au-dessous de l'omoplate et dans la région lombaire.

La simple application de la main dans la région interscapulaire fait sursauter le malade. Un frôlement très léger avec l'extrémité du doigt à ce niveau sur la ligne des apophyses épineuses réveille la douleur. Le pincement de la peau est particulièrement douloureux.

Sur les côtés du rachis on sent la contracture très nette des muscles surtout à gauche ; le frôlement et le pincement de la peau dans cette région est plus douloureux que sur la ligne médiane. La pression des apophyses épineuses montre une douleur légère au niveau de la 3^{me} et de la 7^{me} dorsale, mais la pression superficielle est moins bien supportée que la pression forte.

Le rachis est assez souple, le malade ramassant un objet sans plier les genoux.

Abolition complète du réflexe pharyngien ; les réflexes cornéens sont diminués ; le champ visuel est nettement rétréci concentriquement. L'état général est excellent.

La radiographie ne montre aucune lésion.

On traite le malade et on lui promet une évolution favorable et très rapide. On l'isole des véritables pottiques et la plus grande liberté lui est laissée.

Le malade quitte l'hôpital guéri et ayant été revu plusieurs mois après il ne présentait qu'une hyperesthésie dorsale très limitée et relative, fort compatible avec la vie normale.

CONCLUSION

I. — L'hystéro-traumatisme dans sa localisation du rachis peut revêtir des formes très différentes.

1. Une forme névralgique, constituée presque exclusivement par de la rachialgie : névralgie spinale hystéro-traumatique.

2. Une forme dans laquelle s'ajoute, à l'élément douleur, une déformation rachidienne : cypho-scoliose hystéro-traumatique.

3. Enfin une forme plus complexe, la plicature dans laquelle aux symptômes précédents s'ajoutent des troubles sensitivo-moteurs et psychiques.

II. — L'étiologie est celle de tout hystéro-traumatisme. Pathogéniquement on peut expliquer la rachialgie par la suggestion et on ne doit voir dans la camptocormie qu'une attitude antalgique devenue définitive avec le temps.

III. — Le traitement devra toujours s'adresser au psychisme, soit directement par la suggestion orale, soit indirectement en combattant les symptômes et surtout par la physio-psychothérapie.

Comme nous l'avons déjà dit le traitement cherchera surtout à frapper l'imagination du sujet. On se bornera à quelques procédés de révulsion : pointes de feu, teinture

d'iode, et surtout chlorure de méthyle. Quant au courant électrique il faudra particulièrement s'en méfier et se contenter des courants faibles ; la méthode du « torpillagé », surtout doit être abandonnée car si, dans les plicaturés, elle donnait des résultats apparents ce n'était en réalité que pour transformer un malade fléchi en un infirme en rectitude complète, position aussi incompatible que la première avec la vie ordinaire.

De tout ce qui précède on peut conclure à la curabilité des pseudo-spondylites hystéro-traumatiques sans toutefois prétendre en déterminer exactement les différents stades et la durée et, ayant bien compris le rôle du médecin surtout par la précocité du diagnostic et du traitement, penser avec Brissaud : « La guérison du malade dépend de sa volonté, surtout de sa bonne volonté et de sa complaisance ».

Vu et bon à imprimer :

Le Président de la thèse,

R. CRUCHET.

Vu : *Le Doyen,*

D^r SIGALAS.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 25 mai 1921.

Le Recteur de l'Académie,

THAMIN.

BIBLIOGRAPHIE

AIMES. — Névralgie spinale de Brodie. (Progrès médical, 20 juin 1914).

— Le pseudo mal de Pott hystérique. (Concours médical, 13 janvier 1919).

ANDRY. — Lyon médical, 23 octobre 1887.

CHARCOT. — Des paralysies hystéro-traumatiques chez l'homme. (Semaine médicale, 1887).

CHERAY et ROGER. — Camptocormies hystériques et spondylites typhiques. (Presse médicale, 17 février 1919).

DÉLÉARDE. — De la cyphose hystéro-traumatique. (Gazette des hôpitaux, 3 juillet 1902).

GRUTZHAENDLER. — Contribution à l'étude des troubles sensitivo-moteurs hystéro-traumatiques à l'occasion de la guerre. (Thèse de Paris, 1915).

HOUEIX de la BROUSSE. — De la scoliose hystérique. (Thèse de Bordeaux, 1898).

LÉRI. — Lumbarthric. (Presse médicale, 28 janvier 1918).

MERLIN. — Du pseudo mal de Pott hystérique. (Thèse de Paris, 1889).

REVUE NÉVROLOGIQUE, AVRIL 1916. — Sur les accidents nerveux par la déflagration de fortes charges d'explosifs. (Rapports de Cl. Vincent, Roussey, Sicard, Boisseau, etc...).

RIMBAUD. — Le traitement des psychonévroses de guerre et des troubles nerveux dits réflexes. (Marseille médical, octobre 1917).

— A propos de la méthode de traitement des psychonévroses dite du « Torpillage ». (Marseille médical, 1916).

- ROUX. -- Etude sur quelques formes rares de contractures hystériques. (Thèse de Paris, 1887).
- SCHERB. — Pottisme hystérique, guérison au cours de l'hypnose. (Bulletin médical de l'Algérie, 1909).
- SICARD. — Spondylites par « obusites » ou vents d'obus (Société médicale des hôpitaux de Paris, 25 juin et 3 juillet 1915).
- Camptocormie et lumbarthrie, (Revue névrologique, mai-juin 1918).
- SOUQUES et ROSANOFF-SALOFF. — La comptocormie. (Revue neurologique, 1918).
- VIC. -- De la scoliose hystérique. (Thèse de Paris, 1892).
-

BORDEAUX. — IMP. J. CÉROUDE ET FRÈRE

15, COURS DE LA MARNE.
